

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mariana Pimentel,  
Mariana Pimentel/RS**

**Yanelys Maria Zamora Fernandez**

**Pelotas, 2015**

**Yanelys Maria Zamora Fernandez**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mariana Pimentel,  
Mariana Pimentel/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

F363m Fernandez, Yanelys Maria Zamora

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mariana Pimentel, Mariana Pimentel/RS / Yanelys Maria Zamora Fernandez; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

62 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso 4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

A todos os colegas que me ajudarem na realização deste trabalho.

A Jéssica, e as orientadoras que me ajudaram na realização da intervenção.

## Resumo

ZAMORA, Yanelys Fernandes. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na UBS Mariana Pimentel, Mariana Pimentel/RS** 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A longevidade é um triunfo, no entanto, há importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que pessoas menores de 15 anos. Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Diante disso, e a partir de uma análise situacional se organizou um projeto de intervenção para essa faixa etária. A intervenção tem como objetivo geral melhorar a Atenção à Saúde da pessoa idosa na UBS Mariana Pimentel em Mariana Pimentel/RS. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas, foi reduzido para 12 semanas devido ao período de férias dos especializandos do Curso da UFPEL, no período de março até junho de 2015. Dos 274 usuários idosos pertencentes à área de abrangência, alcançamos a cobertura de 68,8% e ainda conseguimos atingir resultados importantes como: manter registro específico de 100% das pessoas idosas, monitoramento do crescimento em 100% das crianças, distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados, mapear 100% dos idosos de risco da área de abrangência, avaliar a rede social de 100% dos idosos e promover a saúde dos idosos. Ainda que os resultados não foram alcançados para todas as metas propostas, foi muito importante para o serviço, constituindo um impulso para manter as ações incorporadas na rotina do trabalho. A equipe está mais bem integrada, melhor capacitada, conhece a forma de trabalho e podemos melhorar a intervenção incorporada na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. O desenvolvimento da intervenção foi importante para o serviço já que mobilizou a atenção a um maior número de usuários idosos.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do idoso; Assistência Domiciliar; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro.	37
Figura 2	Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro.	37
Figura 3	Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro.	38
Figura 4	Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS Central, Mariana Pimentel/RS,	41
Figura 5	Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Central, Mariana Pimentel/RS,2015.	42
Figura 6	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Central, Mariana Pimentel/RS,2015.	43
Figura 7	Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.	43
Figura 8	Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.	44
Figura 9	Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Central Mariana Pimentel/RS, 2015.	45
Figura 10	Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central Mariana Pimentel/RS, 2015.	45
Figura 11	Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.	46

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde.
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	13
2 Análise estratégica .....	14
2.1 Justificativa .....	14
2.2 Objetivos e metas .....	15
2.2.1 Objetivo geral .....	15
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	15
2.3 Metodologia .....	17
2.3.1 Detalhamento das ações .....	17
2.3.4 Cronograma .....	33
3 Relatório da Intervenção .....	34
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	34
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	38
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	38
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	38
4 Avaliação da intervenção .....	40
4.1 Resultados .....	40
4.2 Discussão .....	48
5 Relatório da intervenção para gestores.....	50
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	53
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	55
Referências .....	57
Anexos .....	58

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral a melhoria da atenção à saúde do idoso na UBS Mariana Pimentel do município Mariana Pimentel/RS. O leitor encontrará no volume, o resumo, lista de figuras, lista de abreviaturas, siglas e acrônimos, sumário, análise situacional, análise estratégica, justificativa, objetivos e metas, metodologia, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para os gestores, relatório da intervenção para a comunidade, reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, referências, apêndices. Na primeira seção está apresentada a análise situacional na qual foram contemplados a Análise inicial sobre a situação na Unidade de Saúde, o relatório da análise situacional e, por fim, um comparativo entre a análise inicial e o relatório da análise situacional. Na segunda seção foi descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma de execução do projeto de intervenção. Na terceira seção está apresentado o relatório de intervenção, no qual são descritas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. Na quarta seção foi contemplada a avaliação da intervenção, na qual foram apresentados os resultados e a discussão. Na quinta seção foi apresentado o relatório aos gestores e na sexta o relatório à comunidade local, na seção sete foi apresentado a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e por fim, na última seção as referências utilizadas durante a elaboração do presente trabalho com os anexos.

## **1 Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Mariana Pimentel é uma cidade situada no Estado do Rio Grande do Sul, que foi fundada em 1938, município rural, sendo a população de cerca de 4.000 habitantes onde sua grande maioria reside na área rural. Geografia dominada por zonas montanhosas.

A (ESF) se encontra no Centro do município à 72 Km de Porto Alegre, com áreas rurais de difícil acesso. População de 4.000 habitantes em 1.148 famílias. Os cultivos fundamentais da região é o fumo e a batata doce, Área é dividida em 10 micro áreas, temos 10 ACS, uma auxiliar de enfermagem, uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de consultório dentário, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. As principais causas do atendimento médico são HAS, Diabetes mellitus e doenças psiquiátricas que são muito prevalentes.

As maiores dificuldades são: falta de atenção especializada, no município não tem hospital, só tem um laboratório para exames complementares de rotina e os outros como RX, ECG e Eco grafias, são realizados em outros municípios.

A UBS é muito importante para o povo já que a maioria das pessoas se atendem em ela. A situação da unidade básica de saúde é regular, pois a Estratégia Saúde da Família está sendo implantada e a produção ainda não esta sendo lançada no sistema. O maior agravo é o alto índice de câncer, pois é uma região em que se plantam fumo e batata e não usam proteção para o veneno aplicado nas lavouras.

A rotina na estratégia de saúde da família consiste nas visitas domiciliares a usuários acamados, com doenças graves, que não podem se locomover pela situação de saúde ou pela distância para a aplicação de medicação e curativos, assim como vacinas. Também temos grupos de hipertensos, diabéticos e idosos,

realizamos palestras, aferimos pressão arterial, pesamos, medimos estatura e verificamos glicemia.

A meta é atingir mais de 80% da população atendida para ajudar a melhorar a conservação da saúde, diminuir o índice de doenças crônicas, diminuir hábitos tóxicos como o consumo de sal e fumo.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Mariana Pimentel possui 4.000 habitantes, com uma (UBS) com (ESF), não tem disponibilidade de outros serviços. A UBS onde trabalho é urbana, mas atende usuários de zona rural. O povo do município a maioria tem descendência italiana e polonesa, o desenvolvimento do município é médio, as pessoas são prestativas e atenciosas. Tem várias comemorações como: a festa da cultura polonesa e a festa de Nossa senhora do Rosário, a maioria tem como religião a católica, as principais comidas são a czarina e pieroge, o vínculo com o SUS é como unidade básica ESF e não tem vínculo com instituição de ensino. Possui uma equipe de pronto atendimento (um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma recepcionista, um guarda de segurança, quatro motoristas) o total é de 5 homens e 4 mulheres. Na Esf temos (uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um motorista) um total de três mulheres e um homem, mais o UBS tem que melhorar a distribuição das salas e a infra-estrutura da rede elétrica que está precária, com vários episódios de queda de energia.

A atribuição das equipes é regular, penso que o quadro de pessoal deveria ser melhor. Em relação à população da área adstrita, o tamanho do serviço é adequado para o tamanho da área, em relação à atenção temos demanda espontânea de forma adequada, com acolhimento, e sem excessos. No município só tem um laboratório clínico, duas farmácias, quem planeja, coordena atividades do posto e a enfermeira.

Em relação à população adscrita, a população total da área é de 4000 pessoas, sendo 1240 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2292 pessoas entre 20 e 59 anos, 2838 pessoas com 20 anos ou mais.

Quanto à saúde da criança as ações são estruturadas de forma pragmática como o teste do pezinho, as consultas (peso e medidas) e a vacinação. A estimativa do caderno de ações programáticas é de 48 crianças menores de um ano, mas, 37

(77%) são acompanhadas. Dentre estas, 9 estão com consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 10 estão com atraso em consulta agendada por mais de 7 dias, 5 fizeram o teste do pezinho em até 7 dias, 4 fizeram a triagem auditiva, 37 fizeram o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, 37 estão com as vacinas em dia, 37 cuidadores receberam orientação sobre o aleitamento materno exclusivo e sobre a prevenção de acidentes.

Quanto à saúde das crianças, atualmente a cobertura é de 37 crianças em acompanhamento com 77% de cobertura. O aspecto positivo é a equipe ESF trabalha juntamente com a pediatra, o aspecto negativo é que tem mães que não fazem o acompanhamento regular. A qualidade da atenção e dos registros é boa, o planejamento e monitoramento das ações são importantes, as atividades de educação em saúde se dão de forma livre e tem a participação de diferentes membros de equipe de saúde.

Em relação ao pré-natal e puerpério, atualmente na unidade de saúde, são acompanhadas 55 gestantes, de forma que a cobertura é (92%) pois, estima-se 60 gestantes residentes na área de cobertura. Quanto ao puerpério são acompanhadas 37 mulheres com cobertura de (77%), pois, a estimativa é 48 mulheres. O processo de trabalho desta ação programática é de acordo com o protocolo do Ministério da saúde, são realizadas as consultas preconizadas, orientações, e acompanhamento conforme a necessidade de cada mulher.

Quanto à prevenção do câncer de colo uterino temos 1000 mulheres (91% de cobertura) de 25-64 anos em acompanhamento na Unidade; 600 mulheres realizam a coleta do exame citopatológico para câncer de colo de útero, 350 realizaram exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 120 mulheres realizaram avaliação de risco para câncer de colo de útero, 900 exames coletados com amostra satisfatória. Sobre o câncer de mama temos 400 mulheres de 50-69 anos com cobertura de (97%), pois, a estimativa do CAP é 413. O exame clínico das mamas tem boa adesão pela população feminina, 200 mulheres realizaram a mamografia, 140 estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso, 90 fizeram avaliação de risco para câncer de mama, 85 receberam orientação sobre câncer de mama para um (97%).

Em relação à hipertensão arterial sistêmica 432 pessoas com 20 anos ou mais são acompanhadas, com cobertura de 48%, pois, a estimativa é 894. E quanto às pessoas com diabetes mellitus acima de 20 anos, acompanhamos 103 com

cobertura de (40%), visto que a estimativa é 255. Os hipertensos e diabéticos também estão participam do grupo de educação em saúde voltado para o controle e acompanhamento, com boa adesão ao programa.

A atenção à saúde dos idosos precisa melhorar a cobertura, são 298 idosos acompanhados acima de 60 anos com cobertura de (55%), visto que a estimativa é 546 idosos residentes na área de abrangência da UBS. Precisamos de maior adesão da população às ações desenvolvidas na UBS. A psicóloga da Unidade Básica de Saúde participa de um grupo de idosos que sofrem de depressão com reuniões uma vez na semana, onde são realizadas atividades programadas. Apenas 50 idosos receberam a caderneta de saúde da pessoa idosa, 98 fizeram a avaliação multidimensional rápida, 10 estão com o acompanhamento em dia, 150 tem hipertensão arterial sistêmica, 102 tem diabetes mellitus, 100 realizaram avaliação de risco para morbimortalidade, 87 fizeram investigação de indicadores de fragilização da velhice, 98 receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 83 receberam orientação para atividade física regular, e 76 estão com avaliação de saúde bucal em dia. Quanto à saúde bucal do idoso, não temos dados/registros na UBS para descrever a qualidade da atenção.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

A comparar o texto inicial e o relatório de análise situacional, podemos observar que não tínhamos mencionado no primeiro texto, as deficiências que existem nesta Unidade Básica de Saúde, mas agora, no decorrer destas semanas, nós temos aprendido por meio da especialização e por meio do diálogo com DOE onde devemos focar atenção para desenvolver um trabalho melhor. Utilizamos instrumentos importantes na análise situacional, como, os questionários e o caderno de ações programáticas que nos ajudaram a conhecer melhor a UBS. As ações de educação em saúde podem contribuir com a diminuição da Hipertensão arterial, precisamos fortalecer os grupos e dessa forma oferecer uma melhor qualidade de vida e manutenção da saúde, e que temos que seguir fazendo um acompanhamento e uma promoção e prevenção de saúde intensiva com grupos de risco para melhorar ainda mais os resultados.

## **2 Análise estratégica**

### **2.1. Justificativa**

A longevidade é diferente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006).

A UBS Mariana Pimentel está localizada no Município Mariana Pimentel e funciona como Estratégia Saúde da Família (ESF), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da prefeitura do município. A equipe com a qual trabalho está composta por um médico da família, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, nove agentes comunitários de saúde, além disso, com conta outros profissionais de apoio como um assistente social e um nutricionista, psiquiatra, ginecologista e assistente social, além das dentistas e médicos plantonistas de pronto atendimento que são coordenados pela Secretaria de Saúde (ressalta-se que é uma UBS mista de UBS com ESF e Pronto-Atendimento). A área de adstrição do trabalho da equipe tem uma população cadastrada de 4000 pessoas. As doenças mais freqüentes na área são as Doenças Crônicas não Transmissíveis como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, entre outras.

Na área de atuação da equipe há um total de 546 usuários idosos na área de cobertura segundo o Caderno de ações Programáticas - CAP, sendo destes usuários, apenas 298 tem acompanhamento, ou seja, 55% de cobertura desta ação programática. A qualidade da atenção à saúde é objetivada através das ações de

grupo desenvolvidas onde grupos, vídeos e orientações sobre vida saudável são realizadas.

Nós escolhemos o foco de intervenção para esta ação programática porque temos baixo índice na cobertura e nos indicadores de qualidade da atenção dos usuários idosos. Entre os indicadores de qualidade na UBS, tem-se que apenas 50 usuários a caderneta de saúde do idoso (17% segundo o CAP), orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para 98 usuários (33% segundo o CAP). Na UBS temos apenas uma equipe de saúde bucal apenas 26% tem avaliação odontológica, segundo o CAP. Na UBS temos apenas uma equipe de saúde bucal que realiza atividades preventivas, mas ainda temos que trabalhar mais, além disso precisamos também de mais ajuda dos gestores de saúde para que os usuários tenham a caderneta de saúde da pessoa idosa e na equipe, coordenar as ações para a busca de idosos, orientação nutricional e o acompanhamento conforme preconiza o Protocolo da pessoa idosa (2006). O aspecto positivo é envolvimento da equipe e as maiores dificuldades da intervenção estão relacionadas ao transporte dos idosos até a Unidade Básica de Saúde além da falta de exames complementares e a falta de medicações na farmácia popular.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à saúde da pessoa idosa na UBS Mariana Pimentel, Mariana Pimentel/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso**

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

#### **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.



Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

### **Objetivo 5: Mapear os idosos de risco da área de abrangência**

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos

### **Objetivo 6: Promover a saúde dos idosos**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Mariana Pimentel. Participarão da intervenção todos os idosos, que abrange as pessoas acima dos 60 anos da área da unidade básica de saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº19 Envelhecimento e Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos idosos na planilha de coleta de dados (Anexo C) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo C).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de saúde mensalmente.

Detalhamento: A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e os registros dos usuários para observar o número de usuários idosos cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ações: Acolher os idosos. Cadastrar todos os idosos da área de cobertura da unidade de saúde. Atualizar as informações do SIAB.

Detalhamento: A equipe de saúde ao identificar um usuário idoso pertencente à área de cobertura irá acionar a equipe de enfermagem para realizar o cadastramento e o preenchimento da ficha espelho, além da busca ativa. Deve-se capacitar a equipe de saúde para que, a partir da detecção de novos usuários idosos, todos saibam como funciona o cadastramento do usuário. A equipe de saúde será capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais. As informações serão atualizadas pelo SIAB.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Esclarecer a comunidade sobre a importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da unidade de saúde.

Detalhamento: Após discussão com a equipe da UBS, será programada uma atividade com a comunidade para orientações sobre a ação programática ao início da intervenção, com a responsabilidade da médica e enfermeira da equipe. Além disso, as orientações serão realizadas durante as consultas clínicas de rotina para toda a população e atividades da UBS para a população.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos. Capacitar os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Capacitação da equipe da unidade de saúde para a Política Nacional de Humanização.

Detalhamento: A equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o acolhimento das pessoas idosas, a busca ativa de idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço e para a Política Nacional de Humanização (PNH), que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica, nas reuniões de equipe semanais.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde**

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3: Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

### **Ações:**

Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento: Para o monitoramento destas ações, a primeira ação deverá estar capacitada para estas ações preconizadas pelo protocolo, que ocorrerá na primeira semana da intervenção tendo como responsável a médica e nas reuniões de equipe semanais. Para monitorar a Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados na unidade de saúde, monitorar, a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde, monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada, monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção, o número idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente, o número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM anualmente, a enfermeira da equipe irá monitorar os registros específicos mensalmente e criar um sistema de alerta para caso esteja fora do especificado na ficha espelho. Para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a médica na reunião de capacitação da equipe ira ao farmacêutico esta responsabilidade de forma mensal. Para monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos, a enfermeira durante o monitoramento mensal irá monitorar o registro adequado da ficha espelho e na reunião de capacitação com a médica na primeira semana a equipe de saúde bucal irá se responsabilizar em monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período articulando mensalmente com a enfermeira.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

### **Ações:**

Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado. Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Garantir a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa. Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste. Cadastrar os idosos na unidade de saúde. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde. Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos. Oferecer atendimento prioritário aos idosos.

### **Detalhamento:**

Para garantir os recursos necessários para garantir aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos, a referência e contra referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, a solicitação dos exames complementares, agilidade para a realização dos exames

complementares definidos no protocolo, material adequado para a tomada da medida de pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, será realizada uma conversa da médica com o gestor na primeira semana da intervenção

Será realizada na primeira semana com a equipe sob a responsabilidade da médica e nas reuniões de equipe semanais uma capacitação do Protocolo que será utilizado para esta intervenção da ação programática, para definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabético, garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado à equipe de enfermagem e as ACS serão capacitadas nesta reunião também para garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Para as ações de organizar acolhimento os idosos na unidade de saúde, ao ser identificado um usuário idoso do território, será encaminhado para acolhimento com a equipe de enfermagem de forma a cadastrar os idosos na unidade de saúde pela ficha espelho e, caso necessidade de atendimento prioritário aos idosos, será articulado com a agenda da médica com prioridade, onde serão disponibilizados os atendimentos. Na reunião para capacitação com a equipe, a médica pactuará na agenda de saúde bucal o atendimento aos idosos.

A médica nessa reunião organizará a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. O sistema de alerta que será estabelecido pela equipe nesta primeira semana reunião de capacitação e terá a responsabilidade da enfermeira indicar a não realização dos exames complementares preconizados assim como o acompanhamento para indicar o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável. Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social. Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto à

periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde. Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar. Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde. Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais. Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento: Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, banners na UBS cujo responsável será a equipe de enfermagem na primeira semana, reuniões com a comunidade mensais realizadas pela médica e enfermeira e demais atividades que envolvam a população. Temos a logística para a confecção do banner para reuniões com a comunidade.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão



e/ou diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos. Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo. Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico. Capacitar os ACS para captação de idosos. Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento: Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade será da médica.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento: Para este monitoramento, a enfermeira mensalmente irá realizar o monitoramento do registro específico indicado com o sistema de alerta sobre a periodicidade das consultas previstas no protocolo.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Esta organização será realizada pela médica e pela enfermeira nas reuniões semanais com a equipe.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Essas orientações, a escuta e esclarecimentos serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população. Terá os grupos de educação em saúde mensal e também as reuniões com a comunidade também mensal, mais são espaços diferentes – o grupo é para informações e cuidado clínico, a reunião com a comunidade é para orientação sobre a ação programática, incluindo os indicadores, ambas terão logística.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento: Para as capacitações das ações acima, será realizada na primeira semana uma reunião sobre o que é preconizado no Protocolo, além de ser qualificado nas reuniões semanais de equipe, cuja responsabilidade é da médica.

### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ações: Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

Detalhamento: Para o monitoramento da qualidade dos registros, a enfermeira realizara mensalmente sobre as fichas espelho e os prontuários clínicos. O monitoramento dos registros da Caderneta de Saúde da pessoa idosa será realizado no acolhimento com a enfermeira e nos atendimentos clínicos pela medica.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento:

Para manter as informações do SIAB atualizadas, as ACS deverão colocar os dados no SIAB mensalmente e a enfermeira irá monitorar mensalmente. Para implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuar coma equipe o registro das informações/ definir responsável pelo monitoramento dos registros será realizada a reunião de capacitação do protocolo a ser utilizado pela UBS pela medica na primeira semana de intervenção.

Para organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar não realização da avaliação Multidimensional rápida e dos demais procedimentos preconizados será construído na reunião citada anteriormente.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção.

Detalhamento: Para a primeira ação será realizada conversa com a comunidade mensalmente tendo como responsabilidade a médica, assim como a

orientação aos idosos e a comunidade sobre a caderneta da pessoa idosa. Também serão orientados nos atendimentos clínicos e nas atividades com a população da UBS.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos. Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento: A capacitação e o preenchimento destas ações serão realizados durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

**Objetivo 5.** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

#### **METAS**

5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice 100% das pessoas idosas.

5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos. Serão realizadas estas ações nos atendimentos clínicos, no acolhimento com a enfermagem e nas atividades com a população da UBS.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ações: Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice. Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS. Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento:

Os monitoramentos destas ações pela enfermeira serão realizados pelas fichas espelho e pelos prontuários clínicos devidamente registrados, de forma mensal. A capacitação dos enfermeiros, além dos médicos para que se pactue estas ações no atendimento. Além disso, ao sinal de alerta para alguma destas questões, será acionada a equipe para a discussão e intervenção do caso.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ações: Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade. Priorizar o atendimento aos idosos fragilizados na velhice. Facilitar o agendamento e a visita domiciliar aos idosos com rede social deficiente.

Detalhamento: Ao acolhimento e na busca ativa serão identificadas estas situações e o agendamento do atendimento clínico e a visita domiciliar será priorizado nas reuniões de equipe.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais frequente, quando apresentar alto risco. Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais frequente. Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde. Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento: Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa. Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice. Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento: A capacitação destas ações será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e a enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

**Objetivo 6.** Promover a saúde dos idosos

### **METAS**

6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos. Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição. Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos. Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular. Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento: Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizadas uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões de comunidade mensal com a enfermeira e a medica e demais atividades que envolvam a população. O monitoramento das atividades educativas individuais será realizado pelo preenchimento adequado da ficha espelho e o seu monitoramento pela enfermeira mensalmente.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ações: Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Serão realizados grupos de educação em saúde mensais para a alimentação saudável e orientação de pratica física sob a responsabilidade da equipe de enfermagem de forma a fornecer orientações quanto a prática de atividade física e alimentação saudável. Haverá uma reunião da médica com o gestor na primeira semana de intervenção para demandar parcerias institucionais para envolver nestas atividades. A organização do tempo médio de consultas será realizada pela medica junto ao gestor neste encontro.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ações: Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis. Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular. Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: Essas orientações serão fornecidas durante as consultas clínicas, grupos de educação em saúde que serão realizados uma vez por mês com a enfermeira e a médica, reuniões com a comunidade mensal a ser feito pela enfermeira e a médica e demais atividades que envolvam a população.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Ações: Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira". Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento: A capacitação das ações acima será realizada durante as reuniões semanais da equipe de saúde pela médica e enfermeira, além da capacitação promovida pela médica na primeira semana da intervenção.

### **2.3.3. Logística**

Para realizar a intervenção no programa de saúde da pessoa idosa vamos utilizar o Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006) disponível no município. Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção a médica da unidade e a enfermeira irão utilizar uma ficha complementar (ficha espelho) disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 80% de usuários idosos, ou seja, ao total acompanhar 436 pessoas idosas. Para acompanhamento mensal da intervenção serão utilizados os prontuários clínicos de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que receberam atendimento nos últimos

três meses. A profissional localizará as fichas de atendimento ambulatorial destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis nas fichas de atendimento ambulatorial para a ficha complementar. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames laboratoriais em atraso, imunizações e sobre as orientações recebidas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos. A equipe de enfermagem da UBS deverá acompanhar os dados previamente colhidos e os registros dos usuários para observar o número de usuários idosos cadastrados. A partir de qualquer dado inadequado, deverá comunicar a equipe de saúde em reunião para que se possa averiguar o ocorrido e tomar as devidas providências.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários idosos em atraso em alguma ação, estima-se que seja necessária à busca de 35 usuários mensais e 8 idosos por semana. Será agendada consulta para um horário adequado e ajustado ao funcionamento da UBS. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica de coleta de dados.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de trabalho. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de atenção Básica (BRASIL, 2006) para que toda a equipe utilize estas referências na atenção a estes usuários. A capacitação dos profissionais envolverá capacitação das ACS para o cadastramento de usuários idosos de toda área de abrangência da unidade de saúde, para a realização de exame clínico apropriado para a estratificação de risco. A capacitação ocorrerá na área de atuação, portanto a nossa equipe pode contar com a presença de outros profissionais como a nutricionista, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do caderno competente à sua atribuição e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também serão utilizados materiais como folha sulfite, etc., recursos audiovisuais como os cartazes motivadores e instrutivos com textos reduzidos em cores, com letra clara e entendível.

Faremos contato com a associação de moradores, representantes da comunidade (líderes formais e informais da comunidade) em diferentes sítios da aérea de atuação (igrejas, praça,) e apresentaremos o projeto esclarecendo a



importância do rastreamento de usuários idosos, assim como a importância de comparecer a consultas programadas. Solicitaremos apoio destes integrantes da comunidade no sentido de ampliar a busca ativa destes usuários e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional com o objetivo de melhorar as condições de vida e evitar as complicações que comprometem a vida dos usuários, famílias e a sociedade.

Estas ações já foram apresentadas aos líderes comunitários e está previsto seu começo para na segunda semana da intervenção, sendo responsáveis por esta atividade todos os profissionais da equipe de trabalho. Serão utilizados recursos audiovisuais como os cartazes motivadores e instrutivos preparados pela equipe. As ações de promoção serão desenvolvidas através das atividades educativas realizadas aos grupos específicos, durante as consultas de acompanhamento e nas visitas domiciliares com participação da família, sendo responsável o médico, enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS.

Para acolher a demanda de problemas agudos não há necessidade de alterar a organização da agenda, os usuários, nesse caso, serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as consultas dos usuários idosos serão reservadas 6 consultas diárias, 24 consultas por semana totalizadas em 96 consultas ao mês e 384 consultas durante os quatro meses de execução do projeto, com um tempo médio de 20 minutos para cada consulta.

Cada membro da equipe participará no acolhimento e atendimento deste grupo de usuários. A técnica de enfermagem realizará a aferição dos sinais vitais e oferecerá grupos para esta ação programática. A enfermeira realizará a anamnese e orientações individuais sobre dieta, uso de medicações e atividades físicas, assim como verificar a participação às consultas e atividades grupais, o médico realizará avaliação integral do idoso e a família assim como o contexto social e mental, o histórico individual e familiar, uso da medicação adequada, exame físico minucioso e avaliação da compreensão sobre as orientações realizadas.



### **3 Relatório da Intervenção**

Ao final da décima segunda semana de intervenção a equipe está satisfeita em oferecer para nosso município um lindo e comprometido trabalho de cuidar da saúde dos idosos que culminou de uma “dura” etapa de trabalho no desenvolvimento da especialização em Saúde da Família. A intervenção serviu para implementar um melhor atendimento aos usuários idosos da nossa comunidade, permitindo conhecer melhor as condições de vida, o jeito de como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, suas percepções de risco, e ainda ampliar os conhecimentos sobre a promoção e prevenção da saúde.

Terminamos o período da intervenção, mas daremos continuidade às ações programáticas como: deixar horários na agenda disponíveis para os usuários idosos, dar continuidade aos grupos às quintas feiras, e também fazendo visitas de controle a todos os idosos.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Dentro das ações planejadas no projeto consideramos ter cumprido com as mesmas. Temos conseguido incorporar o seguimento das consultas a muitos usuários que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos há anos, alguns tomavam por conta própria sem serem avaliados de forma contínua. Para reverter isto, foi muito importante o cumprimento de uma ação planejada pela equipe que foi a capacitação dos profissionais da equipe de saúde sobre os protocolos de saúde dos idosos. Assim, em cada reunião semanal, o médico ou a enfermeira falava sobre os distintos temas, que permitiram uma melhor orientação das agentes aos usuários e familiares, favorecendo o cumprimento de ações como a capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As mesmas referiram que nesta etapa em pouco tempo conseguiram aprender muitas coisas importantes e manifestaram que foi uma

experiência única que só foi possível graças à nossa intervenção, e que sempre estarão muito agradecidas. Durante cada atendimento, nas visitas domiciliares, nos grupos de idosos, em cada cenário sempre ofertamos conhecimentos sobre a importância da ESF, seus objetivos fundamentais de promoção e prevenção da saúde e qual a equipe que o compõe. Falamos sobre o atendimento da nutricionista assim como a importância de assistir às consultas buscando incorporar um maior número de idosos. Encontramos usuários com tratamentos monoterapêuticos há mais de quinze anos e com valores alterados da pressão arterial e glicose. Muitos com condições de ter aparelhos de pressão arterial e glicose para controlar os valores das doenças que tratamos e não acreditavam na prioridade de ter em casa (Esfigmomanômetro e glicômetro), ainda que o município fornecesse aos usuários com diabetes mellitus tipo I, dos recursos para o controle. Outros possuíam os aparelhos, mas sem conhecimentos para usá-los, para esses capacitamos os familiares e os próprios usuários. Tudo isto também foi possível graças ao trabalho individual de cada membro da equipe, pois foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática.

O cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa foi feito pelos agentes de saúde. Nesta etapa também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas na unidade de saúde. Nesse período, o número de idosos encaminhados para atenção secundária de saúde por complicações das doenças foi muito pouco. Conseguimos fazer o seguimento adequado de 274 usuários com HAS e 34 com DM. As metas não foram alcançadas em 100% conforme o planejado, pois a intervenção foi reduzida para 12 semanas e as atividades estavam planejadas para 16 semanas, assim, considero essa como uma causa de não conseguirmos atender a todos. Conseguimos preparar com maior profundidade os conhecimentos das doenças com a equipe, para orientar e seguir melhor aos usuários.

A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas a suas casas e o trabalho oferecido. Referem que antes só eram visitados quando solicitavam a presença dos profissionais. Hoje as visitas ocorrem de forma contínua a equipe vai até as moradias fazendo ações de prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, tratamentos, buscando os faltosos às consultas de seguimento.

Divulgamos a existência de um Programa para os idosos, e atuamos em conjunto com os membros da comunidade. Ampliamos a cobertura do programa de atenção aos idosos na unidade de saúde de forma integral, facilitando as consultas agendadas a demanda espontânea para quem precisava, o controle clínico e mediante exames complementares e as consultas com outras especialidades médicas na atenção secundária de saúde quando precisaram. Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância de realizar o acompanhamento regular o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos idosos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e atividade física). O que permitiu que muitos se incorporaram à realização de atividade física, assim como consultas com a nutricionista da unidade de saúde; o município está implantando o sistema E-SUS para assim melhorar os registros das informações de cada usuário, o qual permitirá conhecer o histórico de seguimento de cada usuário e cada procedimento realizado.

Até o momento, consideramos que nosso trabalho permitiu conseguir indicadores qualitativos e quantitativos adequados, respeitando o planejado no projeto, desenvolver o diagnóstico dos idosos para doenças crônicas, foi complicado, pois necessitamos de exames de laboratório, o qual não depende só de nosso trabalho, mas também, da responsabilidade dos usuários e disponibilidade de cotas para a realização de exame mensal. A equipe desenvolve promoção de saúde mas, muitos não chegam a ter uma verdadeira percepção de risco. No entanto a equipe continua trabalhando para atingir todas as metas propostas.

Os indicadores de qualidade de atendimento foram adequados, pois resgatamos os idosos em ocasiões que faltaram às consultas, esclarecendo sobre a importância da periodicidade da mesma. A seguir, apresentamos algumas fotos da intervenção:



Figura 1: Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro



Figura 2: Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro



Figura 3: Visita ao Lar dos idosos da Barra do Ribeiro

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

As ações do projeto que não foram desenvolvidas em sua totalidade foi o cadastramento dos acamados, já que muitos moram em lugares onde os carros não têm acesso. Para os ACS chegarem às casas desses usuários tinham que caminhar 5 km.

Convém ressaltar que alguns idosos desconheciam a importância da saúde bucal e nesse aspecto tivemos problemas já que ao mês de iniciar a intervenção o odontólogo foi demitido por isso tivemos problema com a atenção bucal.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

As dificuldades com a coleta dos dados foram por minha parte, demorei muito a entender como preencher a planilha de coleta de dados, mas os colegas da unidade me ajudaram no preenchimento.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Nossa intervenção é considerada o melhor trabalho com esse grupo de usuários idosos. Percebemos o interesse dos usuários em participar nas diferentes

ações, e que se sentem melhor atendidos com um controle contínuo da pressão arterial e glicemia. Também com avaliação de risco para morbimortalidade, avaliação de fragilização na velhice assim como o trabalho para evitar complicações a curto, médio e longo prazo para doenças. Os exames são realizados de 6 em 6 meses para os mais complicados e de 1 em 1 ano para os mais estáveis e já são elementos incorporados ao nosso dia a dia. As consultas são realizadas com a nutricionista na unidade, há realização de atividade física de forma individual, há participação em atividades de promoção da saúde. Todas estas ações e atividades foram implementadas com nossa equipe de trabalho e com nossa intervenção e serão mais aperfeiçoados todos os dias e ainda manteremos nosso foco de trabalho para este grupo de forma a melhorar a qualidade da atenção primária na unidade de saúde.



## **4 Avaliação da intervenção**

A intervenção foi realizada na UBS Mariana Pimentel/RS nos meses de maio, junho e julho de 2015. Inicialmente foi estimada em 16 semanas, porém como teve minhas férias e nenhum médico para assumir os atendimentos clínicos, a coordenação autorizou a redução para 12 semanas. Para a análise dos resultados, foi utilizada a estimativa populacional da planilha da coleta de dados, que estima que 10% da população de pessoas idosas, ou seja, 398 idosos.

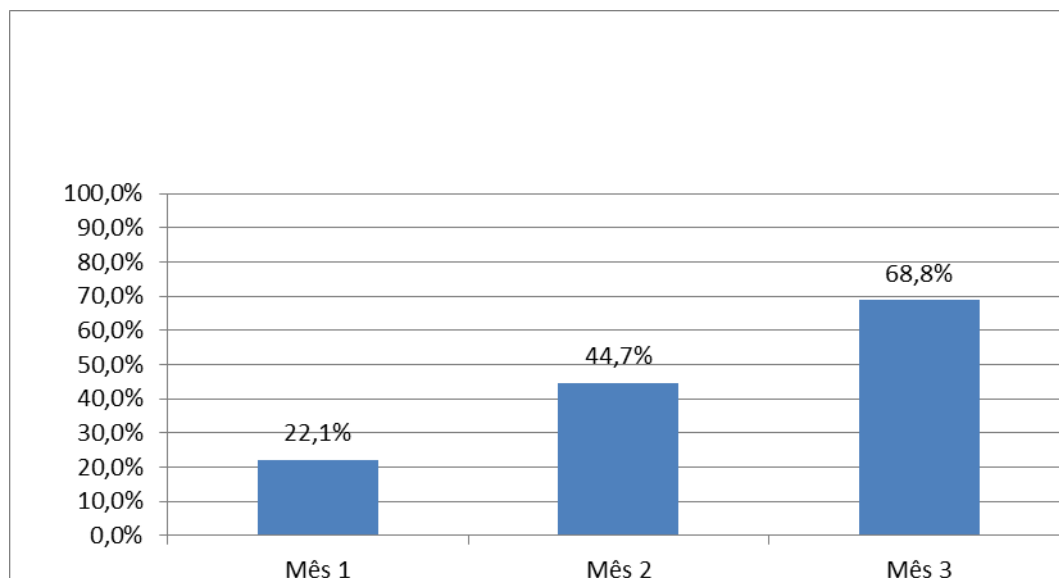
### **4.1 Resultados**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de atenção à saúde do idoso da área da unidade de saúde para 80%.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 22,1% (88) dos usuários idosos pertencentes à área de abrangência da unidade, já no segundo mês alcançamos um percentual de 44,7% (178) e no terceiro mês alcançamos a 68,8% (274) dos idosos.

As ações mais difíceis de atingir foram o cadastramento já que havia muitos idosos que moravam muito distante e que os carros não conseguiam chegar. O cadastramento era realizado mediante o atendimento clínico.



**Figura 4: Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na UBS central, Mariana Pimentel/RS, 2015.**

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde

**Meta 2.1:** Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) dos usuários idosos pertencentes à área de abrangência da unidade, já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (178) e no terceiro mês alcançamos a 100% (274) dos idosos. Nesse caso atingimos a meta prevista já que o trabalho foi feito em conjunto com a enfermeira, a técnico de enfermagem os ACS.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (23) dos usuários idosos pertencentes a área de abrangência da unidade, já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (47) e no terceiro mês alcançamos a 100% (274) dos idosos. Nesse caso atingimos a meta prevista já que o trabalho foi feito em conjunto com a enfermeira.

**Meta 2.3.** Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (23) dos usuários idosos pertencentes a área de abrangência da unidade, já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (47) e no terceiro mês alcançamos 100%(81) dos idosos.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 33% (23) usuários pertencentes a área de abrangência da unidade, já no segundo mês 57,3% (102) e no terceiro mês alcançamos 72,3% (197) dos idosos.

Não conseguimos atingir a meta já que na farmácia faltava medicações e no princípio era custo para que eles liberassem as medicações já que não tinha no município farmácia popular.

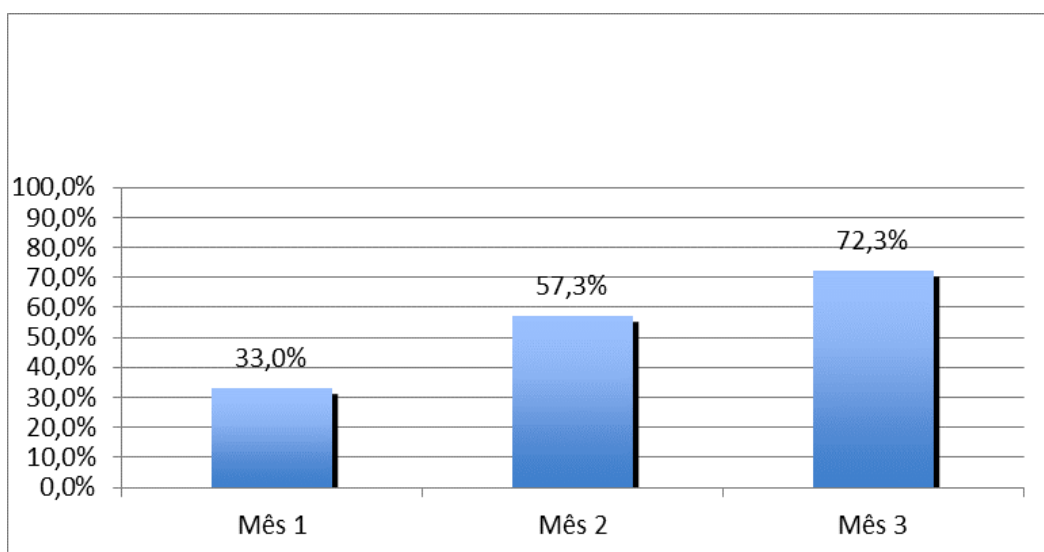


Figura 5: Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.

Meta 2.5: Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (5) usuários acamados pertencentes a área de abrangência da unidade, já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (10) nesse caso ficamos com 15 usuários cadastrados, e no mês 3 não conseguimos cadastrar nenhum idoso acamado, logo,

continuamos com os 15 que já estavam cadastrados. Tivemos problemas para atingir essa meta, uma vez que os ACS tiveram problemas com o transporte.

Meta 2.6: Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 80,0% (5) usuários acamados ou com problemas de locomoção, já no segundo mês 87,7% (13) e no terceiro mês 87,7% (13) dos idosos.

Não conseguimos fazer todas as visitas porque tivemos problemas com o transporte.

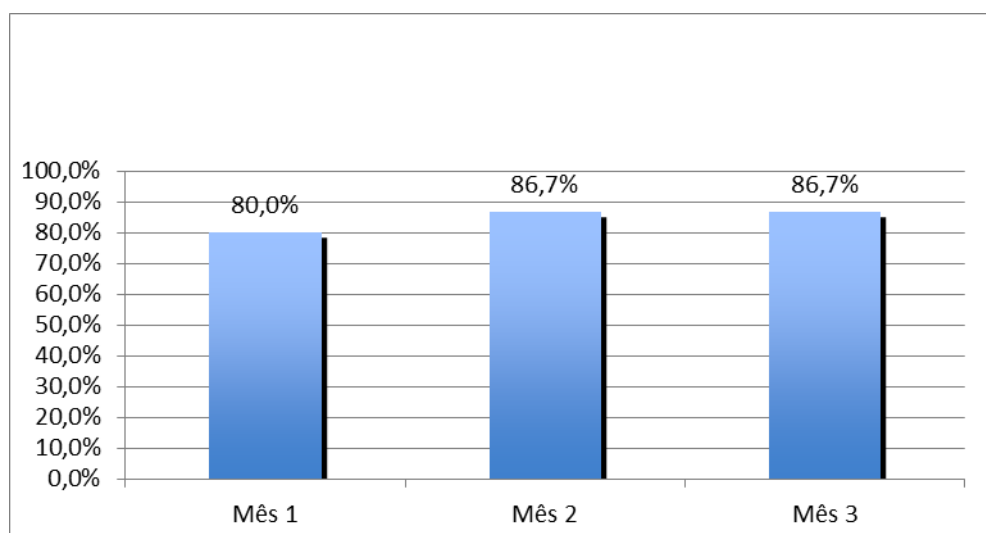


Figura 6: Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.

Meta 2.7: Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 97,7% (86) usuários, já no segundo mês alcançamos um percentual 98,9% (176) e no terceiro mês 99,3% (272) dos idosos.

Não conseguimos cumprir a meta de 100%, porque tivemos idosos com preconceitos de suas doenças que não aceitaram que a enfermeira e a técnica aferissem sua pressão.

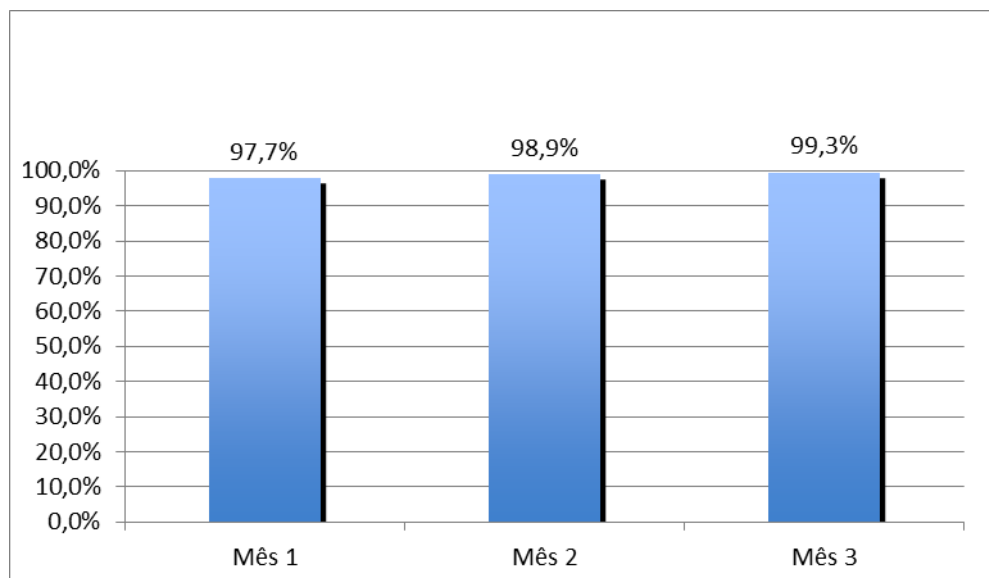


Figura 7: Proporção de idosos com verificação da pressão arterial na última consulta na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.

Meta 2.8: Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 MG ou com diagnóstico de hipertensão arterial para Diabetes Mellitus (DM).

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 89,5% (17) usuários já no segundo mês 93,2% (36) e no terceiro mês 81,4% (48) dos idosos.

Não conseguimos atingir a meta já que tivemos idosos com preconceitos de suas doenças que não aceitaram que a enfermeira ou a técnica aferissem a pressão. Também tivemos falta de tiras testes para medir a glicemia.

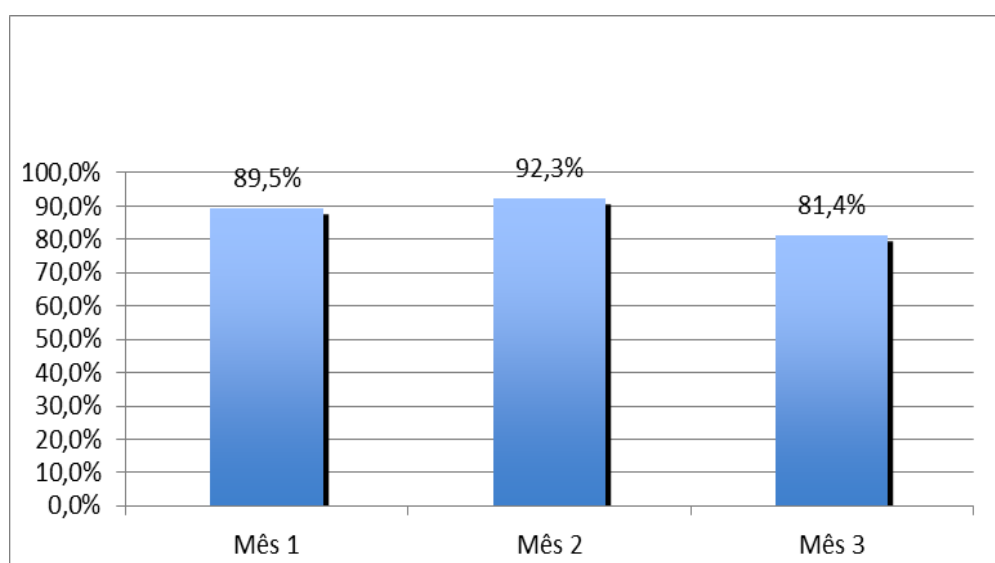
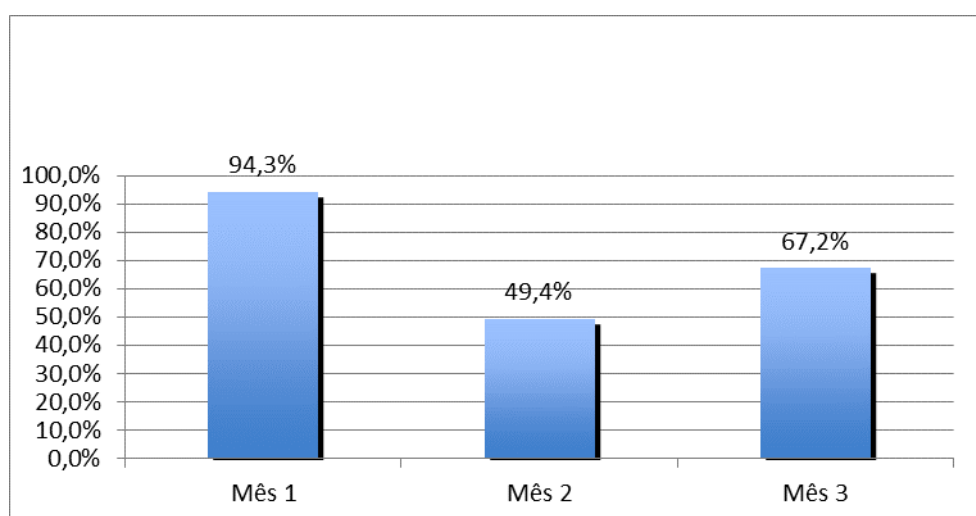


Figura 8: Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes na UBS Central Mariana Pimentel/RS, 2015.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 94,3% (83) usuários, já no segundo mês alcançamos um percentual 49,4% (88) e no terceiro mês 67,2% (184) dos idosos.

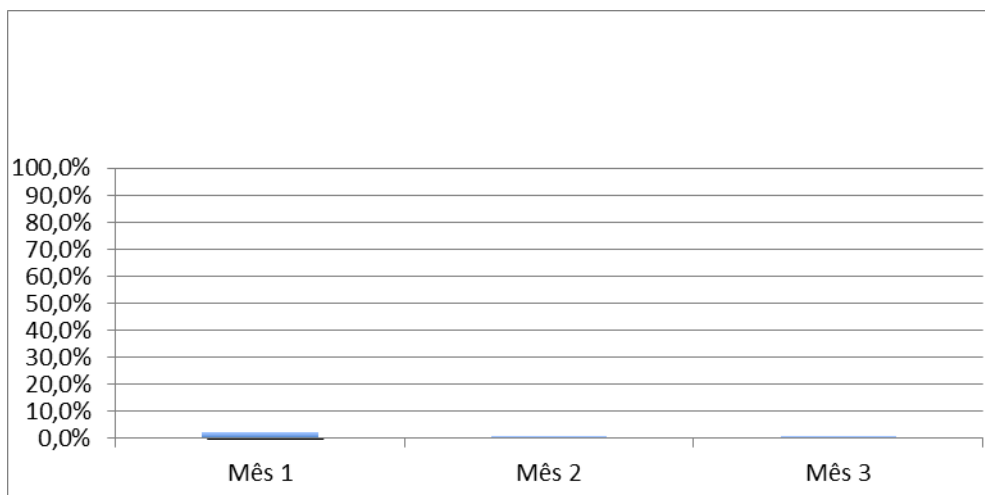
Não conseguimos atingir a meta porque ficamos sem dentista, então quando falamos com os idosos de sua necessidade de atendimento odontológico eles ficavam muito tristes pela falta de odontólogo na unidade.



**Figura 9: Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central Mariana Pimentel/RS, 2015.**

Meta 2.10: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 2,35% (2) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 1,1% (2) e no terceiro mês 0,7% (2) dos idosos. Não conseguimos atingir a meta porque ficamos sem odontólogo, a prefeitura contratou um depois de terminada a intervenção.



**Figura 11: Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática na UBS Central, Mariana Pimentel/RS, 2015.**

### **Objetivo 3:** Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso

Meta 3.1: Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (6) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100% (6) e no terceiro mês 100 (6) dos idosos. Nesse caso atingimos a meta estimada, foi possível com a ajuda dos ACS.

### **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro específico de 100% das pessoas idosas.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (178) e no terceiro mês 100% (274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com a ajuda da enfermeira.

Meta 4.2: Distribuir a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100%(88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100(174) e no terceiro mês 100%(274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com a ajuda da enfermeira e a técnico de enfermagem.

### **Objetivo 5:** Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1: Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100% (178) e no terceiro mês 100% (274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com a ajuda dos ACS, enfermeira e a técnico de enfermagem.

Meta 5.2: Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100% (178) e no terceiro mês 100(274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com a ajuda da enfermeira.

Meta 5.3: Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual de 100% (178) e o terceiro mês 100% (274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com ajuda da enfermeira.

#### **Objetivo 6:** Promover a saúde dos idosos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês 100% (178) usuários e o terceiro mês 100%(274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com ajuda da enfermeira, a técnico de enfermagem.

Meta 6.2: Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100%(88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100% (178) usuários e o terceiro mês 100% (274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com ajuda da enfermeira, técnico de enfermagem.

Meta 6.3: Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.



Durante o primeiro mês da intervenção alcançamos 100% (88) usuários já no segundo mês alcançamos um percentual 100(178) usuários e no terceiro mês 100% (274) dos idosos. Meta atingida, foi possível com ajuda da enfermeira.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na minha unidade básica propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos idosos, a maioria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do controle clínico dos usuários também mediante a avaliação multifuncional deles.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos idosos. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Foi muito importante o cumprimento das ações planejadas dos profissionais da equipe de saúde sobre os protocolos de saúde dos idosos. Em cada reunião semanal, o médico e a enfermeira discutiam distintos temas, que permitiram uma melhor orientação das ACS, favorecendo o cumprimento de ações como a capacitação da equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, as mesmas referiam que em pouco tempo conseguiram aprender muitas coisas importantes e conseguiram transmitir esses conhecimentos para a família. Mais tivemos problemas, começando a intervenção já que primeiro a enfermeira ficou dois meses de atestado por que ela fez uma cirurgia de emergência, depois a técnica de enfermagem ficou de atestado por um mês.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos idosos eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e do agendamento dos idosos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos foi fundamental para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Nesta etapa aumentamos o número de visitas domiciliares, e as consultas de seguimento planejadas na unidade de saúde, o número de idosos encaminhados para atenção secundária de saúde por complicações das doenças foi muito pouco. Ampliamos a cobertura do programa de

atenção aos idosos na unidade de saúde de forma integral, facilitando às consultas agendadas a demanda espontânea para quem precisasse, o controle clínico e mediante solicitação de exames complementares e encaminhamento para consultas com outras especialidades médicas na atenção secundária quando precisaram. Conseguimos orientar os usuários quanto ao nível de risco e a importância de o acompanhamento regular o qual teve uma elevação de risco das doenças.

O impacto da intervenção é ainda pouco percebido na comunidade. Os idosos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos idosos sem cobertura, temos ainda que trabalhar mais nisso. Esclarecemos aos idosos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como (alimentação e atividade física), o que permitiu que muitos fossem incorporados à realização de atividade física.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementação. Agora percebo que a equipe está integrada, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto vamos a ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários idosos em especial os de alto risco notamos que a falta dos registros acabou prejudicado a coleta de indicadores como forem endereço dos pacientes situação de moradia sim moravam sozinhos condições de higiene. Vamos a adequar a ficha dos usuários idosos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previstos no projeto. A partir do próximo mês quando temos disponível um melhor transporte para os ACS, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários idosos na área, tomando este projeto como exemplo.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Aos Senhores Gestores Do Município Mariana Pimentel,

Nos meses de abril, maio e junho do ano de 2015, nossa equipe desenvolveu uma intervenção voltada à saúde dos idosos. Nas doze semanas de intervenção, houve atendimentos relacionados à atenção aos usuários idosos seguindo o Protocolo de atendimento do Ministério da Saúde. O público-alvo foi composto por idosos pertencentes à área de abrangência da ESF. As metas foram estipuladas e as ações estiveram alicerçadas nos quatro eixos pedagógicos do curso de especialização em saúde da família: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

No decorrer da intervenção cada profissional, foi previamente capacitado e conscientizados de suas responsabilidades, explicando-as com exatidão. A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento do usuário um primeiro encontro de vital importância para os atendimentos posteriores. A equipe de enfermagem junto com as agentes comunitárias foi encarregada da divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgar a importância da atenção para os usuários idosos. A médica organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, tanto na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares, quanto no seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de idosos faltosos à consulta foi feita pelas agentes comunitárias mediante as visitas domiciliares, recuperando assim a maioria dos atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, onde se planejavam as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos.

No início da intervenção, a ESF contou com uma população total de 3974 habitantes adstritos dados estimativos que obtivemos através dos prontuários clínicos e informação estatística da secretaria de saúde do município e os cadastros das agentes comunitárias. A estimativa de idosos com 60 anos ou mais foi de 398 idosos. Ao final das 12 semanas, o número absoluto de 274 (68,8%) usuários idosos residentes na área de abrangência, procuraram o serviço para o atendimento, de maneira espontânea ou por agendamento prévio. Para todos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês durante a intervenção, comprovando a efetividade da mesma.

Os indicadores de qualidade da intervenção que se cumpriram em 100% foram a proporção de idosos com exames clínicos, avaliação de risco para morbimortalidade em dia, fragilização na velhice, avaliação da rede social em dia, avaliação de risco para saúde bucal, orientação nutricional para hábitos saudáveis, orientação sobre a prática de atividade física regular.

No período compreendido da intervenção apareceram algumas dificuldades que, mas, os profissionais trabalharam para resolver. De início, a Secretaria de Saúde não proveu o material necessário, em condições adequadas, para o desenvolvimento da ação. Alguns profissionais tiveram que usar seus próprios recursos financeiros para cópias de fichas-espelho e confecção do material a ser disponibilizado em cada consultório. Os demais insumos para a realização de exames foram providos com dificuldade, após vários contatos com a gestão. Importante ressaltar que observamos uma certa falta de credibilidade no sistema de saúde pública na cidade, em virtude da demora de realização dos exames, e à inexistência de informações concretas acerca do problema. Há um descompasso na gestão e organização/regulação dos exames. De acordo com informações dos próprios idosos, há alguns com dois meses de solicitação, que são obrigados a fazer nos serviços privados, mesmo com as dificuldades econômicas que a maioria apresenta. Tal situação é um ultraje aos preceitos de medicina preventiva, cujo principal objetivo dos exames é o rastreamento de fatores de riscos que facilitam o desenvolvimento da atenção aos usuários idosos assim como suas complicações, além da importância para poder estabelecer a classificação de estratificação de risco. Além disso, ajuda com a diminuição de gastos públicos com saúde, e indicadores de morbimortalidade da população-alvo.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, continuar com a intervenção no cotidiano do serviço da ESF. Houve uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção aos idosos. Apesar das limitações que fogem da governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera, e nas consultas individuais, bem como a ação da equipe são benéficas e complementam as melhorias na atenção aos idosos. Foco maior deve ser destinado a essas ações, precisa melhorar o tempo de espera para a realização de exames complementares, pois estes usuários não podem ser submetidos à deficiente organização ou falha de contratos na saúde pública.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Querida Comunidade.

Segundo o Ministério da Saúde muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, estados permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e frequentemente estão associadas. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Nossa ESF realizou nos últimos meses, de abril, maio e junho, uma intervenção destinada à saúde dos idosos. No transcurso das doze semanas, houve um aumento nos atendimentos médico, na solicitação de exames de laboratório e prescrição de medicamentos pela farmácia popular. Os idosos pertencentes à área de abrangência da ESF e que estavam por acima dos 60 anos tiveram prioridade nas consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, o registro dos exames e a organização do serviço.

Cada profissional da equipe realizou seu papel: A secretária na recepção era responsável pelo acolhimento marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agenda mentos, logo era feita pela enfermeira ou técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias a divulgação da intervenção nas salas de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde, aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância da prevenção dos usuários idosos. A médica realizava o atendimento aos usuários idosos previamente agendados, já seja

na realização de exames, revisão dos resultados e o seguimento da investigação e tratamento ideal.

Ao final das doze semanas, 274 idosos, procuraram o serviço para atendimento, sendo avaliados e cadastrados integralmente registrando sempre os novos usuários. A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, ajudando ao desenvolvimento da intervenção satisfatoriamente. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular. Todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse o correto exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Em nenhum momento faltou material de trabalho para o correto desenvolvimento da intervenção. Os temas sobre saúde foram abordados nos grupos todas as quintas feiras na unidade com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações das doenças. Tal medida ajuda a que a informação seja propagada a grande parte da comunidade.

Existirem algumas dificuldades na organização para a realização dos exames complementares e avaliação odontológica de estes grupos de pacientes, o que dificultou um pouco para saber os fatores de risco que estão atingindo a sua saúde, e que são detectados nos exames complementares, assim como a higiene bucal tão importante para os usuários para evitar as complicações e alcançar um bom controle neste grupo de usuários.

Fica decidido, portanto, a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF de Mariana Pimentel. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde de usuários idosos, no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera e nas consultas individuais, bem como a ação de toda a equipe da unidade são benéficas e complementam as melhorias na atenção à saúde dos usuários idosos.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Ao refletir sobre meu processo pessoal de aprendizagem posso comentar que o Curso de especialização em Saúde da família ao início foi muito difícil. Achei que não conseguiria chegar até o final pela dificuldade com o idioma, a tecnologia, as características de cada ação programática para ser inserida na rotina de nossa unidade assistencial, pelas muitas tarefas há desenvolver, umas semanas mais que outras, às vezes a bibliografia disponibilizada foram muito extensas, mais depois, foi adaptando-me, tive o apoio da orientadora para a compreensão das diferentes tarefas, e orientava sobre a melhor forma de dar respostas a elas, contribuindo com meu desenvolvimento, também a ajuda de meus colegas “online”, e da equipe de trabalho. De modo geral, eu pretendia adquirir conhecimentos da situação de saúde existente na comunidade de abrangência de minha unidade básica de saúde e de meu município, as que me facilitariam de alguma forma, desempenhar o trabalho, o qual nas primeiras semanas do curso conseguiu adquirir alguns conhecimentos gerais ao respeito.

Considero a documentação fornecida, os protocolos, os casos interativos, e os TQC realizados, como importantes ferramentas no desenvolvimento de nosso trabalho na ESF. É muito gratificante sentir que minhas expectativas foram alcançadas, pois o curso foi de grande ajuda para incorporar conhecimentos sobre o manejo de algumas patologias para a atenção da saúde da população brasileira, já que disponibilizou protocolos e ferramentas para isso, tendo um significado importante na minha prática profissional porque enriqueceu meus conhecimentos científicos com a revisão de diferentes bibliografias disponibilizadas, também deu a possibilidade de compartilhar com colegas e professores de alta qualificação



profissional e humana. Ao longo do curso obtivemos melhor domínio do idioma português para comunicar-nos com usuários, colegas e orientadores; ganhamos experiência e organização no trabalho em equipe durante a realização da intervenção, propiciando a capacitação e o intercâmbio com os integrantes da equipe, com gestores, e comunidade, além disso, favoreceu o trabalho conjunto e humanizado da equipe, contribuindo a melhorar a qualidade dos atendimentos e a qualidade de vida dos pacientes com o desenvolvimento das ações programáticas.

O curso também possibilitou ações em conjunto com outros profissionais de diferentes áreas exemplo, NASF, Trabalho social, líderes da comunidade e Gestores, que juntos conseguimos desenvolver as atividades planejadas no Projeto para melhorar a qualidade da Atenção a saúde das crianças e da população de forma geral.

Como aprendizado decorrente do curso, posso destacar que é a primeira experiência de aprendizagem a distância com intercâmbios de opiniões com outros colegas e professores. Foi muito bom para o desenvolvimento do trabalho, o conhecimento dos princípios do SUS, o acolhimento como a porta de entrada ao sistema, a Carta de direito e deveres dos usuários, as necessidades de trabalhar seguem os protocolos de atendimentos do SUS e a importância de identificar riscos e educar a população para prevenir complicações, através de consultas programadas agendadas e diminuindo a demanda espontânea. Muito interessantes os casos interativos, acho que foi o que mais gostei do curso, pois enriquecia nossos conhecimentos de forma ampla, e as Revisões bibliográficas dos temas com dificuldades no TQC. Em conjunto, cada aspecto, melhorou nossa qualidade humana e científica no fornecimento da atenção ao povo brasileiro.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica nº19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

 <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS</b> <b>FACULDADE DE MEDICINA</b> <b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr <sup>a</sup> Prof <sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Microsoft Excel - Yanelys - planilha final revisada pelo apoio

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

Calibri 11

C15 5

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

A B C D E F G H I J

**Digite apenas nas células em VERDE.**

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	398	
---	-----	--

**OBSERVAÇÕES**

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.

Número total de idosos residentes na área e <b>acompanhados</b> no programa de Saúde do Idoso	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
	88	178	274	

**OBSERVAÇÕES**

Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.

Número total de idosos residentes na área que estão acamados	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
	5	10	0	0

Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de digitar

**\*Estimativa de idosos no território**

População total	3975
-----------------	------

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de idosos (10% da população total)	398
---	-----

Este seria o número total estimado de idosos residentes no território, utilizado para os indicadores. Utilizou-se uma estimativa de 10% da população total da área.

Estimativa de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção (8% dos idosos)	32
---	----

Este seria o número estimado de idosos residentes no território acamados ou com dificuldade de locomoção. Utilizou-se uma estimativa de 8% da população de idosos. Ele será utilizado como denominador para o indicador 2.5.

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto

MAIÚ NÚM

## Anexo C-Ficha espelho

[illegible]

## **Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Yanelys Maria Zamora Fernandez e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

---

Yanelys Maria Zamora Fernandez

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

---

Assinatura do declarante